



Formulář pro vyjádření souhlasu rodičů s preventivním vyšetřením zraku dítěte

Naskenujte QR kód a pokračujte na registraci a online platbu



Adresa školy			Třída	
Příjmení a jméno dítěte	Registrace a platba online	E-mail	Datum narození	Podpis
1.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
2.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
3.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
4.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
5.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
6.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
7.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
8.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
9.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			
10.	☐ ANO ☐ NE – vyplňte další sloupce			

! POKUD NEPROBĚHNE REGISTRACE ONLINE, JE NUTNÉ UHRADIT POPLATEK V HOTOVOSTI VE ŠKOLNÍM ZAŘÍZENÍ A VYPLNIT VŠECHNY ÚDAJE!

E-MAILOVÁ ADRESA JE NEZBYTNÁ Z DŮVODU STAŽENÍ VÝSLEDKŮ V ELEKTRONICKÉ PODOBĚ.

Osobní údaje dítěte potřebné k preventivnímu vyšetření zraku poskytuje zákonný zástupce dobrovolně a na základě jeho výslovného souhlasu. Získané osobní údaje jsou bezpečně uloženy na pracovišti nestátního zdravotnického zařízení a přístup k nim mají pouze oprávnění odborní pracovníci. Za účelem nabídky opakovaného preventivního vyšetření v následujícím roce může být využita poskytnutá e-mailová adresa zákonného zástupce. Zacházení s osobními údaji se striktně řídí Obecným nařízením o ochraně osobních údajů EU a Rady EU č. 2016/679, tzv. GDPR a zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.